



VALIDACION DE CONDICIONES DE SALUD COMO MEDIDA PREVENTIVA ANTE EL COVID 19

Fecha elaboración: Abril de 2020

Codigo: SST-REG-031

VER. 1.0 Pág 1 de 1

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellido del trabajador :

Edad :

Cargo :

Elizabeth Castillo

43 años

Operaria Auxiliar de Cocina

Tipo de Inspección: Diaria: () Semanal: (x) Mensual: ()

SEMANA DEL

15 AL 21

DEL MES DE Febrero,

DE 2021

ITEM	CARACTERÍSTICAS	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	¿A viajado fuera del país o de la ciudad? A donde _____		x		x		x		x		x		x		x
2	Paciente o familiar ha viajado al exterior en los últimos 5 días y se ha tenido contacto estrecho		x		x		x		x		x		x		x
3	Sospecha haber tenido relación cercana con personas que tengan enfermedad contagiosa COVID-19.		x		x		x		x		x		x		x
4	Trabajador presenta dolor de cabeza, tos		x		x		x		x		x		x		x
5	Trabajador presenta decaimiento.		x		x		x		x		x		x		x
6	Trabajador presenta dificultad para respirar		x		x		x		x		x		x		x
7	Trabajador presenta malestar general		x		x		x		x		x		x		x
8	Trabajador presenta dolor de garganta		x		x		x		x		x		x		x
9	Trabajador realiza control de lavado de manos constantemente	x		x		x		x		x		x		x	
10	Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud	x		x		x		x		x		x		x	
	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) ingreso	35.9		35.9		36.1									
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	35.9		36.1		36.0									

Firma del trabajador Elizabeth C.

Realizado Por:

Supervisado por:



VALIDACION DE CONDICIONES DE SALUD COMO MEDIDA PREVENTIVA ANTE EL COVID 19

Fecha elaboración: Abril de 2020

Codigo: SST-REG-031

VER. 1.0 Pág. 1 de 1

DATOS DEL TRABAJADOR

Nombre y apellido del trabajador :

Edad :

Cargo :

Nombre y apellido del trabajador : Martha Cecilia Perez Caballero

34 años

Cargo : Operario Auxiliar de Cocina

Tipo de Inspección:

Día: ()

Semana: (X)

Mensual: ()

SEMANA DEL

15 AL 21

DEL MES DE Febrero.

DE 2021

ITEM	CARACTERÍSTICAS	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES		SABADO		DOMINGO	
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
1	¿A viajado fuera del país o de la ciudad? A donde _____		X		X		X		X		X		X		X
2	Paciente o familiar ha viajado al exterior en los últimos 5 días y se ha tenido contacto estrecho		X		X		X		X		X		X		X
3	Sospecha haber tenido relación cercana con personas que tengan enfermedad contagiosa COVID-19.		X		X		X		X		X		X		X
4	Trabajador presenta dolor de cabeza, tos		X		X		X		X		X		X		X
5	Trabajador presenta decaimiento.		X		X		X		X		X		X		X
6	Trabajador presenta dificultad para respirar		X		X		X		X		X		X		X
7	Trabajador presenta malestar general		X		X		X		X		X		X		X
8	Trabajador presenta dolor de garganta		X		X		X		X		X		X		X
9	Trabajador realiza control de lavado de manos constantemente	X		X		X		X		X		X		X	
10	Trabajador manifiesta sentirse bien de su estado de salud	X		X		X		X		X		X		X	
	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) ingreso	36.0		36.1		35.9									
11	Registro de temperatura (escribir el valor detectado) egreso	35.9		35.9		36.0									

Firma del trabajador

Martha Cecilia Perez Caballero

Realizado Por:

Cecilia Perez Caballero

Supervisado por:

Cecilia Perez Caballero